政策因素影响精神分裂症患者就医行为的实证研究

刘锐[1,2,3]，邓晶[1,2,3]，陈艾玲[1,2,3]，程配华[1,2,3]，罗兴能[4]，胡永娇[1,2,3]，张睦南[1,2,3]

基金项目：2020 年重庆市社会科学规划项目（2020YBGL97）
1.401331 重庆市，重庆医科大学公共卫生学院 2.401331 重庆市，医学与社会发展研究中心 3.401331 重庆市，重庆市新型建设智库“公共卫生安全研究中心” 4. 400038 重庆市，重庆市沙坪坝区中梁镇卫生院

*通信作者：邓晶，副教授；E-mail：cqmudj@cqmu.edu.cn

【摘要】背景 我国精神分裂症患者的基础就医需求较高，但不合理的就医行为可能造成卫生资源的浪费，相关政策的出台旨在增进就医保障、合理引导患者就医。当前学界对于政策因素与就医行为的研究鲜少涉及精神卫生政策与精神分裂症患者就医行为的关联。**目的** 分析政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响，了解在基本医疗保险政策和精神卫生政策引导下精神分裂症群体的卫生服务利用情况和利用效果，为政策完善提供实证参考。**方法** 利用 2018 年重庆市某区精神分裂症患者就医数据，按照“就医决策-就医方式-就医机构选择”的就医行为逻辑构建 Logistic 回归模型，分析政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响。**结果** 基本医疗保险政策中的医保类型和特病办理对精神分裂症患者就医行为有显著影响；精神卫生政策中，“686”项目、免费二代药、社区康复服务的办理情况同样显著影响患者的就医行为。**结论** 政策因素对于引导该精神分裂症患者就医发挥了积极作用，但存在作用面相对狭窄、覆盖路径不够全面等问题。

【关键词】 精神分裂症患者；就医行为；精神卫生政策；基本医疗保险 ；政策因素

A study on the influence of policy factors on the health care seeking behavior of patients with Schizophrenia

LIU Rui[1,2,3]，*DENG Jing*[1,2,3]，*CHEN Ai-ling*[1,2,3]，*CHENG Pei-hua*[1,2,3]，*LUO Xing-neng*[4]，*HU Yong-jiao*[1,2,3], *ZHANG Mu-lan*[1,2,3]

1. Chongqing medical university，School of Public Health，Chongqing 401331，China

2.Research Center for Medicine and Social Developmen,，Chongqing 401331，China

3.Research center for public health security，Chongqing 401331，China

作者简介：刘锐（1996 年-），女，硕士在读，研究方向：卫生政策、社会保障，E-mail: 2020111548@cqmu.edu.cn
通讯作者：邓晶，E-mail：cqmudj@cqmu.edu.cn
基金项目：2020 年重庆市社会科学规划项目，“重庆市贫困人口因病致贫风险评估及管理策略研究”（2020YBGL97）

4. Zhongliang Town Health Centre, Shapingba District, Chongqing，Chongqing 400038，China

【**Abstract**】**Background** The demand for basic medical care for schizophrenia patients in China is high, but unreasonable medical care behaviors may cause a waste of health resources, and relevant policies have been introduced to improve medical care protection and reasonably guide patients to seek medical care. The current research on policy factors and health care behaviors has rarely addressed the association between mental health policies and health care behaviors of patients with schizophrenia. **Objective** To analyze the influence of policy factors on the health care behavior of schizophrenia patients, to understand the health service utilization of schizophrenia groups under the guidance of basic medical insurance policy and mental health policy, and to provide reference for policy improvement. **Methods** Logistic regression models were constructed to analyze the influence of policy factors on the health care seeking behavior of schizophrenia patients in a district of Chongqing City using the data of schizophrenia patients seeking medical care in 2018. **Results** Basic medical insurance policy was an influencing factor on the medical treatment behavior of schizophrenia patients; among mental health policies, the processing of the "686" program, free medication, and community rehabilitation also influenced the medical treatment behavior of patients. **Conclusion** Policy factors played a positive role in guiding schizophrenia patients to seek medical treatment, but the policy processing rate was low.

Key words: patients with schizophrenia; health care behavior; mental health policy; basic health insurance; policy factors

精神健康是健康的重要组成部分，对个体、社会、国家和全球卫生发展具有关键作用[1]。作为常见的严重精神疾病，精神分裂症疾病负担高居不下，当前中国精神分裂症时点患病率达 0.42%，为全球最高[2][3]，由此可见，我国精神分裂症患者的基础就医需求较高。但不合理的就医行为可能造成卫生资源的浪费[4]，导致医疗费用的不合理增长，并对精神分裂症患者获得全面可持续的卫生服务产生负面影响。为实现精神卫生资源均衡配置， 2004 年中国卫生部和财政部设立中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目，迈出将严重精神障碍患者服务管理纳入国家公共卫生改革行列的第一步[5]，此后又相继出台一系列专门性的国家政策，以期解决精神卫生服务供需矛盾，增加患者就医的经济保障，引导患者合理就医。对精

神障碍人群的保障自此演变为基本医疗保险政策保基础、精神卫生政策作补充的双重保障格局。精神卫生政策落地至今，是否实现其保障效果？其与严重精神障碍患者就医行为之间是否存在关联？其对精神分裂症患者医疗资源利用是否有增益性？这些问题亟待研究。

当前学界对于政策因素与就医行为的研究多数集中在基本医疗保险制度、分级诊疗制度和扶贫政策，人群聚焦于农村居民、流动人口与慢病患者，政策因素通过补偿标准、差异化报销和提供补贴等方式引导患者就医流向以此对研究对象的就医行为产生促进或影响[6-9]。有关精神卫生政策与精神分裂症患者医疗服务利用的综合性评估，目前少有文献从该角度展开。探究政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响，一方面可以评估政策的实施效果，另一方面能更有针对性地对精神卫生领域进行改革。

重庆市 2018 年严重精神障碍报告患病率 0.44%[18]，与全国报告患病率 0.43%基本持平，研究所选区精神卫生政策配套健全、城乡分布与地区人口特征相似且基本医疗保险参保情况符合政策要求，适合展开此类分析。因此本研究以该区精神分裂症患者的就医数据进行分析，为了解在精神卫生政策引导下精神分裂群体的卫生服务利用情况和政策实施效果提供实证参考，为政府完善相应政策提供决策依据。

1. 资料与方法

1.1 数据来源

本研究考虑到受新冠疫情影响精神分裂症患者就医行为与一般常态时期有所差异，为使研究更具一般性和代表性，故经慎重考虑后，选取更具常态化代表性的 2018 年数据。精神分裂症患者人口特征学数据来源于某区全区三级精神病防治网络体系，涉及全区全年 21 个街道、5 个镇共 2487 人，以此为基础结合重庆市人力资源与社会保障局医疗保险信息平台匹配该区患者医疗卫生服务利用数据，形成覆盖全区各涉及精神分裂症患者社区管理的基层医疗卫生机构及其他开展精神分裂症患者社区管理的医疗卫生单位的精神分裂症患者就医行为数据库。剔除无效信息及关键数据缺失样本以及对数值型数据以 2.5%为标准进行双侧缩尾处理后，最终纳入分析的登记在册的精神分裂症患者共 2314 例。

1.2 研究方法

研究按照患者“就医决策-就医方式-就医机构选择”的行为逻辑对患者的就医行为进行分析。考虑到本研究中的被解释变量与解释变量之间为非线性关系，依据数据特征选用

logistic 模型完成政策因素对精神分裂症患者就医行为的影响分析。研究分两个层次开展患者的医疗服务使用情况研究。第一步采用二元 logistic 回归模型分析基本医疗保险政策和精神卫生政策对患者是否就医的影响；第二步，选用多分类 logistic 回归模型分析患者门诊和住院时政策因素是否影响其医疗机构的选择，模型建立情况如下：

$$P_k(X)=\ln[\frac{P(y=k\,|\,x)}{P(y=0\,|\,x)}=\beta_{k_0}+\beta_{k_1}X_1+\cdots+\beta_{kp}X_p$$

式中 k=0，1，2，…，c-1。回归系数β 的幂指数为优势比（odds ratio,OR），反映因变量与自变量之间联系的强度，其 95%置信区间不包含 1 表示具有统计学意义。对数据的统计分析使用 stata15.0 完成，将 P<0.05 视为差异在统计学意义上显著。

1.3 研究变量

1.3.1 变量选取

本研究选取患者是否发生就医行为与患者就医时所选择的医疗机构作为被解释变量。患者参与基本医疗保险政策和精神卫生政策种类的情况为研究的关键解释变量。其中，基本医疗保险政策包括城乡居民医疗保险和城镇医疗保险参保情况、门诊特殊病种办理情况；精神卫生政策不同于基本医疗保障政策，是专门针对精神疾病患者的特别帮扶政策，研究中纳入五项：精神残疾证、社区康复服务、监护人补助、686 项目及免费二代药。具体解释如表 1。

表 1 纳入政策解释

变量	国家政策文件	该区施行方案	该区申领条件	该区救助方式
监护补助	《关于印发严重精神障碍患者监护人申领看护管理补贴的暂行办法实施细则的通知》	《重庆市某区社会治安综合治理委员会办公室、卫生和计划生育委员会、公安局分局关于印发落实严重精神障碍患者监护责任“以奖代补”政策实施细则（试行）的通知》	公安系统在册的曾经肇事肇祸、轻度滋事或危险性评估为 3-5 级的严重精神障碍患者	居家在管且全年无肇事肇祸行为的患者监护人，每年给予监护人一定奖励
残联补助	《贫困精神病患者服药救助项目实施办法》	—	门诊：（1）持证贫困精神障碍患者；（2）持证非贫困精神障碍患者	贫困患者每人每年 1200 元；非贫困患者每人每年 600 元

	《贫困精神病患者住院医疗救助项目实施办法》	—	住院：（1）因贫困无法住院治疗的持证精神病患者；（2）有暴力倾向，经具有资质的精神科医师确诊，目前确实需要住院治疗的精神病患者；	每人每年住院总天数不超过 300 天，减免的医疗费用不超过 5000 元
686 项目	中央补助地方卫生经费重性精神疾病管理治疗项目	—	贫困严重精神障碍患者	提供 1400 元/人/年的门诊服药救助，并针对服药患者提供 4 次/年的免费单项检查
免费二代药	《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018 年版）》	《重庆市某区免费服用第二代抗精神病药试点工作实施方案》	（1)危险性评估为 3-5 级；（2）公安机关列管；（3）经街镇认定为贫困的居家治疗严重精神障碍患者	医保先报，民政救助、残联及卫生计生补助后，项目托底

1.3.2 变量描述

就医情况方面，82.76%的患者在当年发生了就医行为，其中选择二级医疗机构的患者占比最高，达到 69.40%。这是因为患者因精神分裂症疾病特性需前往精神卫生中心，该区精神卫生中心属二级医疗机构，当年服务的患者比例达 44.23%。患者当年平均门诊次数达到 6.14 次，住院率达 34.4%，而重庆市居民该年住院率仅为 15.2%[10]。从就医情况来看，该区精神分裂症患者对于医疗卫生服务需求较高，且与普通居民的就医方式有明显区别。

个人特征方面，患者平均年龄较高；整体受教育程度不高，多为高中以下学历；职业状态处于下岗或无业的占多数，在岗职工比例最少；城镇户口的患者明显多于农村户口的患者；在当地贫困线以下的患者占全体患者的 27.7%；发生就医行为的患者相比未就医的患者，平均过往就医次数高 0.5 次。

基本医疗政策方面，居民医保和职工医保的参保人数大致相当，分别为 52.94%和 47.06%；办理了特殊病种的患者占比 17.82%。

精神卫生政策方面，患者精神残疾证持有率为 53.20%，至少参与一项政策的患者接近半数，占比 48.66%，但单项政策参与率均较低，其中最低为“686 项目”，仅 55 人办理。具体情况详见表 2。

表 2 变量的选取及基本描述

变量	变量取值	已就医			未就医		
		比例	均值	标准差	比例	均值	标准差

		（%）			（%）		
就医情况							
就医机构	1=基层及以下	12.53				——	
	2=二级医疗机构	69.40	2.055	0.511			
	3=三级医疗机构	18.07					
个人特征							
性别	0=男	50.70	0.493	0.500	51.63	0.484	0.500
	1=女	49.30			48.37		
年龄		——	51.774	14.008	——	50.546	13.434
婚姻状态	0=无同居配偶	54.13	0.459	0.498	55.64	0.444	0.497
	1=有同居配偶	45.87			44.36		
受教育程度	0=小学及以下	28.50			36.52		
	1=初中或中专	39.86	1.031	0.775	37.53	0.894	0.784
	2=高中及以上	31.64			25.94		
就业情况	0=农民	12.03			16.96		
	1=在岗工人	3.13			1.52		
	2=退休	16.43	2.701	1.254	9.87	2.625	1.347
	3=下岗或无业	39.59			45.32		
	4=其他	28.83			26.33		
户口类型	0=城镇	82.22	0.178	0.382	76.07	0.239	0.427
	1=农村	17.78			23.93		
经济情况	0=非贫困	72.22	0.278	0.448	72.68	0.273	0.446
	1=贫困	27.78			27.32		
既往住院次数		——	2.243	2.753	——	1.734	2.051
基本医疗保险政策							
医保类型	0=居民	50.34	0.497	0.500	65.41	0.346	0.476
	1=职工	49.66			34.59		
特病办理	0=未办理	81.50	0.185	0.388	89.37	0.106	0.309
	1=已办理	18.50			10.63		
精神卫生政策							
社区康复服务	0=未参与	90.80	0.092	0.289	83.88	0.161	0.368
	1=已参与	9.20			16.12		
监护补助对象	0=否	91.27	0.087	0.282	88.92	0.111	0.314
	1=是	8.73			11.08		
残联补助	0=无	68.45			75.20		
	1=600 元	14.65	0.485	0.767	10.08	0.395	0.731
	2=1200 元	16.91			14.71		
686 项目	0=未办理	97.03	0.030	0.170	99.73	0.003	0.052
	1=已办理	2.97			0.27		
免费二代药	0=未办理	86.84	0.132	0.338	92.92	0.071	0.257
	1=已办理	13.16			7.08		
精神残疾证	0=无	46.32			49.12		
	1=一级	0.94	1.479	1.487	1.25	1.411	1.487
	2=二级	21.46			17.54		

3=三级	21.10	23.56
4=四级	10.18	8.52

2. 结果

2. 1 政策因素对患者是否就医的影响分析

首先考虑基本医疗保险政策对患者是否就医的影响，以模型 1 表示；其次考虑精神卫生政策的影响，以模型 2 表示；最后将模型 1 和模型 2 合并形成模型 3。研究结果表明三个模型对患者是否就医的解释均具有统计学意义，模型 1 和模型 2 对患者是否就医的解释力相差不大，具体来看：

基本医疗保险政策中医保类型和特病办理均与患者是否就医显著相关，在纳入精卫政策后仍具统计学意义，参保职工医保、办理了特殊病种的患者发生就医行为的可能性更大（OR=2.116，OR=1.726）。精神卫生政策中的社区康复服务、监护补助、残联补助、“686”项目及免费二代药与患者是否就医存在关联，但在模型 3 中纳入基本医疗保险政策后，监护补助和残联补助两个因素不再显著。“686”项目和免费二代药的参与患者就医可能性更高，分别是未参与患者的 10.08 倍和 1.05 倍；社区康复服务则与患者是否就医显著负相关（OR=0.564）。详见表 3。

表 3　患者是否就医的回归结果

		模型 1		模型 2		模型 3	
		OR 值	z 值	OR 值	z 值	OR 值	z 值
基本医疗保险政策							
医保类型	职工	1.985	5.69***			2.116	5.94***
特病办理	已办理	1.929	3.63***			1.726	2.88***
精神卫生政策							
社区康复服务	已参与			0.533	-3.76***	0.564	-3.37***
监护补助对象	是			0.680	-1.98**	0.741	-1.52
残联补助情况	600 元			1.485	2.02**	1.208	0.93
	1200 元			1.132	0.70	1.129	0.67
686 项目	已办理			10.518	2.31**	12.076	2.45**
免费二代药	已办理			1.872	2.8**	2.045	3.17**
精神残疾证	一级			0.883	-0.24	1.149	0.27
	二级			1.147	0.81	1.303	1.54
	三级			0.842	-1.10	0.910	-0.60
	四级			1.090	0.40	1.231	0.95

注：***p<0.01, **p<0.5，*p<0.1

2.2 患者就医机构的影响因素分析

进一步检验基本医疗保险政策、精神卫生政策与精神分裂症患者就医机构选择的关联性，运用多分类 Logistic 模型，在控制其他变量的情况下，回归结果如表 4：以选择基层及以下医疗机构作为对照组，基本医疗保险政策中的医保类型对患者门诊、住院的就医机构选择均有正向影响，说明患者更倾向于选择医疗服务质量相对更好的医疗机构就诊；特殊疾病则与患者门诊时的就医机构选择显著负相关。精神卫生政策方面，精神残疾证等级与患者门诊、住院时的就医选择均有关联；门诊时，社区康复服务的参与患者更愿意前往基层医疗机构就医，办理了免费二代药的患者则倾向于等级更高的医疗机构。

表 4 患者就医机构选择的回归结果

		门诊		住院	
		二级医疗机构	三级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
基本医疗保险政策					
医保类型（居民）	职工	0.410**	1.239***	0.782*	2.177***
		(0.159)	(0.242)	(0.402)	(0.434)
特病办理	已办理	0.130	-1.081***	0.523	-0.608
		(0.194)	(0.386)	(0.528)	(0.598)
精卫政策					
社区康复服务	已参与	-0.404**	0.050	-0.745	0.432
		(0.202)	(0.306)	(0.465)	(0.492)
监护补助对象	是	-0.031	-0.415	0.280	-0.372
		(0.255)	(0.468)	(0.654)	(0.801)
残联补助情况	600 元	0.373	-0.615	-0.583	-0.710
		(0.229)	(0.395)	(0.549)	(0.618)
	1200 元	0.386*	-0.772*	-0.403	-0.131
		(0.224)	(0.434)	(0.508)	(0.578)
686 项目	已办理	0.292	-0.648	-0.561	-2.152
		(0.460)	(1.103)	(0.832)	(1.336)
免费二代药	已办理	1.196***	0.400	0.455	0.582
		(0.287)	(0.469)	(0.673)	(0.757)
精神残疾证	一级	-0.780	-0.656	-1.867**	-2.885**
		(0.598)	(1.130)	(0.924)	(1.360)
	二级	0.173	0.207	-0.132	-1.089*
		(0.212)	(0.328)	(0.504)	(0.559)
	三级	0.501**	0.319	-0.616	-.977*
		(0.217)	(0.323)	(0.481)	(0.515)
	四级	-0.078	0.233	-0.573	-1.106
		(0.250)	(0.376)	(0.633)	(0.689)

注：括号中为标准差，***p<0.01, **p<0.5，*p<0.1

3. 讨论

3.1 不同医保类型的患者对医疗资源利用存在明显差异

研究中精神分裂症患者参保城镇职工医保和城乡居民医保的比例大致相当，结果提示居民医保和职工医保的参保患者在是否就医以及何种医疗机构进行治疗的选择上有所不同。这与已有研究发现不同医疗保险对于医疗机构选择的影响不同的结果是一致的[5]。但与部分学者对重庆市居民就医行为研究所表明的医保制度与患者就医行为无关的结果不同[11]，分析其原因在于研究对象与普通居民的医疗需求有较大差异，精神分裂症慢性、长期的特点影响患者就医方式的选择。

享有基本医疗保险的基础之上，办理特殊病种的精神分裂症患者仅 17.18%，该区绝大多数患者都满足特殊病种的办理条件，但仍存在超过八成的调查对象并未办理。特殊疾病办理者能够享受精神病单病种付费，其医保报销比例和年报销限额相对未办理者更高，研究结果也表明办理了特殊疾病的患者更愿意就医，这说明该项政策提高了患者的医疗服务利用水平。办理特殊病种的患者较多前往三级以下医疗机构的原因在于各级医疗机构的报销比例和起付线不同。以往研究指出患者对于医疗质量和合理收费的期望较高，这部分解释了患者的行为逻辑[12]。

3.2 精神卫生政策对促进患者就医具有增益性，但作用面窄

研究结果提示监护补助、残联补助、“686”项目、免费二代药项目的办理对患者发生就医行为均有积极作用，但从各项政策的参与率来看并不乐观。该区办理了精神残疾证的患者仅占 53.20%，许多研究表明精神分裂症残疾率在 80%以上[13-15]，说明该区仍有部分精神残疾的患者并未办理相关证件，而精神残疾证作为享受其他精神卫生政策的基础条件之一，限制了此类未持有证明的精神残疾患者对其他精神卫生政策的办理。如区残联对于精神障碍患者的补助（残联补助）要求申领对象持有精神残疾证，其在患者门诊和住院时提供最高 1200 和 5000 元的补贴，但该区残联补助领取率仅 30.42%，与精神残疾证持有率尚有不小差距，这也说明部分满足政策条件可以减轻经济负担的患者并未能接受补助。此外 “686”项目的参与率为 2.52%，与其起始时间点较远且处于政策更替期有一定关系，但其效果明显，在之后的政策制定中应当有所参考；免费二代药申领率 12.14%，这与其相对严格的申领门槛有关，考虑对患者医疗服务利用的明显促进效果，应适当放宽限制惠及更多患者；参与社区康复服务的患者 10.4%，这可能受限于重庆市当年仅 40 个的社区康复站数量。

患者政策参与度低可能原因之一在于政策宣传力度的不足，患者及家属知晓程度不足或者对于办理程序的模糊都阻碍患者寻求政策帮助；之二则是源自于精神疾病所造成的疾病耻

辱感，国内外许多研究都证明了自我污名与就医行为紧密的联系，罹患精神疾病后产生的负面的自我认知态度对患者寻求帮助的行为产生负面影响，致使患者及家属不愿就医或延迟就医[16]。

3.3 门诊服药救助政策效果明显，但住院救助政策缺位

研究中“686”项目和免费二代药项目均属于门诊服药救助类精神卫生政策，既往研究表明免费供药中 1 元钱的投入就能给精神障碍患者家庭减轻 3—5 元的直接经济负担，此类型政策不仅能够减轻患者家庭的经济负担、提高精神疾病的治疗率，还能够减少精神障碍患者冲动肇事行为的发生、促进精防工作的开展[17]，本文研究结果也有所印证：

“686”项目救助对象的就医可能性是未办理患者的 11.08 倍，说明其在促进患者利用医疗服务资源起到的显著作用，针对“686”项目的其他研究也表明其对患者规律服药、病情稳定的提升作用[18]；免费二代药项目救助对象就医可能性高于非救助对象，且该类患者更多选择包含定点医疗机构所在的二级医疗机构进行门诊治疗，进一步说明了门诊救助类精神卫生政策发挥了对患者科学就医的引导作用。

该区住院相关的精神卫生政策仅有残联补助提供不高于 5000 元的住院补助，但研究中 795 名住院患者中仅一位享受该项补助。精神分裂症复发率高，其治疗的直接成本大部分来源于住院花费[19]，而患者住院费用的报销往往来自于为普通居民设计的基本医疗保险政策，尽管有特殊病种的加持，但办理率不足 20%，其对精神障碍患者医疗服务资源利用的改善尚存在掣肘，因此考虑精神卫生专项政策中住院救助政策的改善和增订是题中应有之意。

3.4 社区与家庭的参与对精神分裂症患者康复的作用不容忽视

研究结果表明接受社区康复治疗的患者更少就医，这一定程度说明患者接受治疗和照顾的需求在社区康复中心得到满足，反应在行为上则是降低了前往医院寻求护理的频率，这与社区康复治疗管理模式在发达国家的成功经验互相印证[20]。同时接受社区康复治疗的患者更少前往以精神卫生中心为主的二级医疗机构就医，这可能是因为社区康复服务对精神疾病的有效干预减少了患者因精神分裂症寻求医疗的行为，这也佐证了国内外学者们认为社区精神康复能够显著降低患者疾病复发率的结论[21][22]。与社区康复紧密联系的还有患者家属的照护，作为监护人，家属在患者治疗和康复的过程中不仅扮演着照料者的身份，还承担了管理者和监督者的责任，家庭监护能够有效降低患者危险性行为发生的概率是学界的共识[23]，本研究结果也提示监护补助对象相比其他患者更倾向于发生就医行为，一定程度说明患者在家属的陪护之下得到了规律的医疗机构治疗，提高了对医疗卫生服务资源的利用。

4. 建议

4.1 探索城乡居民医保精神疾病门诊统筹补充政策，深化医保改革实践

在重庆市城乡居民医疗保险普通门诊统筹的政策实践基础上，探索对精神疾病门诊统筹建立补充细则。针对医保的支付范围和待遇享受，根据精神疾病的严重程度调整医保补偿标准，适当增加重性精神病的医保补偿比例，缓解精神分裂症等重性精神疾病相对其他精神病更为高昂的治疗费用，减轻患者家庭就医经济负担；对于起付标准、支付比例和支付限额，适当提高居民医保对精神分裂症等精神疾病的不同医疗机构医保报销比例，取消起付线并进一步提高封顶线，改善医保资金对精神障碍人群的补偿效果及利用水平，做到精准识别、精确补偿、精细合理的保障。

4.2 拓宽精神卫生政策覆盖面，巩固政策现有成果

在夯实当前精神卫生政策对精神分裂症患者就医促进效果的同时，应当提高政策整体参与度。首先要增进患者、家属及居民对精神疾病的认知，改变国民对精神疾病的态度，并意识到心理健康对于民族整体健康的重要性。这可以从社区知识宣传、学校卫生讲座、传媒电视节目、新媒体平台科普等方面入手，消除对精神分裂症的污名化、减轻患者病后的病耻感，使其主动成为精神分裂症社会保障网络的参与者。其次则是提高患者及家属的政策知晓率，以社区为基点，联通精神卫生中心、精神病种定点机构，最大限度地主动普及有关政策而非被动等待患者前来办理，做到应办尽办高质量办。

4.3 构筑门诊住院救助网络，加强精神卫生保障

对现有的住院救助政策，首先应适当放宽救助对象的条件，如对低保户的限定可进一步扩宽至低保边缘户，防范患者因病返贫的可能性；其次减少住院救助的次数与时间限制，减轻患者的医疗负担，促进其对医疗资源的利用。同时，对于门诊服药救助政策，应借鉴“686”项目的设计细则，合理增减购药补助、及时更新免费药物目录、定期免费对患者体检。从门诊和住院两条路径出发，全面覆盖患者治疗过程，缓解患者家庭经济压力、促使患者规律服药，实现精神卫生保障效果最大化。

4.4 完善精神障碍社区康复，推动医社家一体化

精神分裂症的精神病学治疗和康复治疗是一个无间隙的一体化过程，因此下一阶段应增设社区康复站，实现了社区康复站-精神卫生机构双向转介机制，并进一步建成医院-社区-家庭一体化的精神障碍管理服务模式。在为患者提供更优质的精神病学治疗的同时，下沉患者康复治疗服务至基层，搭建恢复患者社会功能的社区综合性干预服务平台，并做好与患者家庭的积极沟通，进一步改善精神分裂症患者的健康状况，陪同患者走完回归社会“最后一公里”。

作者贡献

刘锐：负责数据清洗、整理，进行统计学分析及结果呈现，负责论文起草、撰写、修改，对论文负责；

邓晶：提出研究思路，设计研究方案，负责稿件修改，监督和领导研究活动的计划和进行；

陈艾玲：负责数据采集、清洗、整理；

程配华：负责数据采集、清洗、整理；

罗兴能：负责提供调查对象，实施研究和调查并进行数据收集；

胡永娇：负责数据采集、清洗；

张睦南：负责数据采集、清洗

利益冲突声明

本研究不存在利益冲突。

参考文献

1. Vikram Patel et al. Sustainable development and global mental health—a Lancet Commission[J]. The Lancet, 2016, 387(10024): 1143-1145.

2. Charlson Fiona J, Ferrari Alize J, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016.[J]. Schizophrenia bulletin,2018,44(6).

3. He H，Liu Q，Li N, et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2020, 29.

4. 楚蓓,王爱丽,刘兆民.就医行为研究现状及展望[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36(02):144-145.DOI: 10.13586/j.cnki.yjyx1984.2019.02.012. Chu P, Wang A L, Liu Z M. Current status and outlook of research on medical care seeking behavior[J]. Chinese Journal of Metallurgical Industry Medicine ，2019,36(02):144-145.DOI: 10.13586/j.cnki.yjyx1984.2019.02.012.

5. 马弘，刘津，于欣.中国近十年重要精神卫生政策的发展与解读[J].中国心理卫生杂志,2009,23(12):840-843.Ma H，Liu J，Yu X. Development and interpretation of important mental health policies in China in the last decade[J].Chinese Mental Health Journal，2009,23(12):840-843.

6. 郑莉莉.医疗保险改变了居民的就医行为吗?——来自我国 CHNS 的证据[J].财政研究,2017(02):84-97. DOI： 10.19477/j.cnki.11-1077/f.2017.02.008. Zheng L L. Has Health Insurance System Change Health Care Seeking Behavior-Evidence from Chinese CHNS[J]. Journal of Fiscal Studies ，2017(02):84-97. DOI ：10.19477/j.cnki.11-1077/f.2017.02.008.

7. 姜海珊.流动人口的医疗保险与医疗服务利用状况研究——基于全国流动人口动态监测数据[J].调研世界,2016(07):14-20. DOI： 10.13778/j.cnki.11-3705/c.2016.07.003. Jiang H S. A Study on Medical Insurance and Medical Service Utilization of Mobile Population-Based on National Mobile Population Dynamic Monitoring Data[J]. the World of Survey and Research ，2016(07):14-20. DOI ：10.13778/j.cnki.11-3705/c.2016.07.003.

8. 王翌秋，张兵. 农村居民就诊单位选择影响因素的实证分析[J]. 中国农村经济，2009(02): 77-85. Wang Y Q，Zhang B. An empirical analysis of the factors

influencing the choice of medical consultation units among rural residents[J]. Chinese Rural Economy， 2009(02): 77-85.

9. 胡志豪,江艳军.农村低保对低保户就医行为及健康的影响[J].江苏农业科学,2022,50(10):235-242. DOI：10.15889/j.issn.1002-1302.2022.10.036. Hu Z H，Jiang Y J. Effects of rural minimum living security on medical behavior and health of households with minimum living security[J]. Jiangsu Agricultural Sciences， 022,50(10):235-242. DOI：10.15889/j.issn.1002-1302.2022.10.036.

10. 重庆市卫生健康委员会. 重庆卫生健康统计年鉴[J]. 北京：中国统计出版社，2019：96-97

11. 汪曾子,刘娅莉,邱增辉,等.分级诊疗制度下重庆市患者就医行为及影响因素分析[J].中国医院管理,2020,40(11):28-32. Wang Z Z，Liu Y L，Qiu Z H. Analysis of the Patients’ Healthcare Seeking Behavior and Influencing Factors Under Hierarchical Diagnosis and Treatment System[J]. Chinese Hospital Management，2020,40(11):28-32.

12. 肖红秀,秦将均.住院患者就医期望值调研及对策思考[J].中国现代医生，2017,55(09):134-136+143. Xiao H X，Qin J J. Investigation and Countermeasures on the Expectation of Hospitalized Patients[J]. China Modern Doctor，2017,55(09):134-136+143.

13. 李强笃，李斌，张振峰，等.莱芜市精神分裂症患者生存现状调查[J].精神医学杂志，2010,23(05):334-335. Li Q D，Li B，Zhang Z F，et al. An Investigation of the Living Situation in Schizophrenic Patients of Laiwu City[J]. Journal of Psychiatry，2010,23(05):334-335.

14. 周道玉，佟圣丽.496 例精神分裂症残疾评定分析[J].临床精神医学杂志，2004(03):153-154. Zhou D Y，Tong S L. An Analysis of the Disability Appraisal in 496 Schizophrenics[J]. Journal of Clinical Psychiatry，2004(03):153-154.

15. 胡明月,沈调英.精神分裂症患者精神残疾的影响因素[J].中国行为医学科学,2005(10):899-900. Hu M Y，Shen D Y. An Investigation of Mental Disability in Schizophrenia and its Risk Factors related[J]. Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science，2005(10):899-900.

16. 蔡琳,何伟方.老年精神疾病患者就医期望及影响因素分析[J].中国农村卫生事业管理，2019,39(11):831-834+830. Cai L，He WF. Medical Expectations of Elderly Patients

with Mental Illness and its Influence Factors[J]. Chinese Rural Health Service Administration，2019,39(11):831-834+830.

17. 陈正平，徐光洪，夏文雄.社区精神疾病患者免费供药治疗工作的探讨[J].中国康复理论与实践，2006(09):825-826. Chen Z P，Xu G H，Xia W X. Exploration of Free Drug Supply and Treatment for Patients with Mental Illness in the Community[J]. Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice，2006(09):825-826.

18. 管丽丽，杜立哲，马弘.精神分裂症的疾病负担(综述)[J].中国心理卫生杂志，2012,26(12):913-919. Guan L L，Du L Z，Ma H. Burden of Schizophrenia：A review[J]. Chinese Mental Health Journal，2012,26(12):913-919.

19. Kalogerakis Z, Petroutsou A, et al. Psychosocial rehabilitation and severe mental illness: Factors that influence patients' attendance in a support group. Psychiatriki. 2019;30(2):108-119.

20. Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatr Serv. 2003;54(11):1491-1498.

21. 王静.社区康复对改善精神分裂症患者的作用研究[J].中国医药指南,2009,7(24):241-243. Wang J. A Study on the Role of Community-Based Rehabilitation in Improving Patients with Schizophrenia[J]. Guide of China Medicine，2009,7(24):241-243.

22. 熊金霞，茅荣杰，张伟波，等."以奖代补"政策实施下社区高风险严重精神障碍患者的监护情况调查[J].精神医学杂志，2020,33(03):195-199. Xiong J X，Mao R J，Zhang W B，et al. A survey on the Monitoring of high-risk Patients with Severe Mental Disorders in the Community under the Policy of "replacing compensation with award"[J]. Journal of Psychiatry，2020,33(03):195-199.